

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

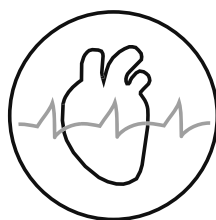
Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том
26

Додаток
1

2019



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2019

За результатами Холтерівського моніторування, аритмогенні ускладнення у вигляді пароксизмів фібриляції передсердь у 3 пацієнтів (11 %), що потребувало корекції антиаритмічної терапії. Показниками ЕХО-КГ, які аналізувалися, були ФВ, яка була у групі $51,12 \pm 6,22$ %, КДО – $(102,8 \pm 23,04)$ см³, КСО – $(43,16 \pm 14,45)$ см³, КДІ – $(48,66 \pm 21,21)$ см³/м² КСІ – $(22,62 \pm 5,9)$ см³/м².

При середньому періоді спостереження 2 роки фактична виживаність у групі ГРП становила 100 %, смертельних випадків не було. У 1 пацієнта (3,8 %) було зареєстровано рецидив ішемії міокарда, що потребувало повторної реваскуляризації у вигляді рестентування. Неврологічні події не зафіксовано. У 11,5 % (3) пацієнтів спостерігалася шлунково-кишкова кровотеча, пов'язана із загостренням хронічної виразкової хвороби шлунка, що потребувало консультації гастроентеролога та відповідної терапії.

Висновки. Поєднання операції off-pump КШ і РСІ дозволяє виконати повну реваскуляризацію міокарда з максимальним ефектом при мінімальному втручанні і є ще одним методом вибору у лікуванні пацієнтів з багатосудинним ураженням. Результати показали достатню ефективність і безпеку такого підходу. Показання, терміни, послідовність і техніка виконання процедур вимагають подальшого дослідження. Поєднання даних різних кардіохірургічних центрів та проведене мультицентрове дослідження дасть можливість обрати кращу стратегію лікування пацієнтів з багатосудинним ураженням коронарних артерій.

Розвиток ендотеліальної дисфункції в осіб із субклінічним атеросклерозом на фоні формування ІХС

О.М. Гінгуляк, І.Т. Руснак, Аль Салама Мухамед Васек Обейд, О.В. Маліневська-Білійчук

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

На сьогодні основна причина розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) – атеросклероз розцінюється як одна із форм хронічного запалення, в основі якої лежить порушення холестеринового обміну. ІХС виникає у чоловіків за відсутності явних факторів ризику, як правило, у віці старше 55 років по не завжди відомим причинам її виникнення можливе і у більш ранньому віці. Дослідженнями останніх років, безперечно, доведено, що запалення є одним із основних патогенетичних механізмів атеросклерозу, починаючи з перших проявів ушкодження стінки судини і закінчуючи розривом атеросклеротичної бляшки та виникненням гострого коронарного синдрому. Тому вивчення атерогенезу за допомогою дослідження комплексу інтима – медіа дасть можливість виявляти хворих на субклінічному етапі атеросклерозу, застосування різних методів терапії (метаболічних, гіполіпідемічних) об'єктивізує, який терапевтичний підхід є більш ефективним у лікуванні та профілактиці раннього атеросклерозу, що дасть можливість попередити розвиток важких судинних захворювань серцево-судинної системи та центральної нервової системи.

Мета – визначення ранніх ознак ендотеліальної дисфункції та збільшення товщини комплексу інтима – медіа (ТКІМ) сонних артерій і об'єктивізація рівня маркерів запалення в осіб із субклінічним атеросклерозом, вплив лікування.

Матеріал і методи. Були використані такі методи дослідження: детальний збір скарг та анамнезу, ретельне об'єктивне обстеження, лабораторні, біохімічні, інструментальні методи дослідження. Експерти Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів у 2003 р. визначили як оптимальні значення ТКІМ <0,9 мм; збільшенням вважають ТКІМ від 0,9 мм до 1,3 мм, а критерієм атеросклеротичної бляшки – ТКІМ $\geq 1,3$ мм.

Результати. Було обстежено 45 осіб молодого віку чоловічої статі із явищами субклінічного атеросклерозу, на початку звернення і після проведеного лікування через 3 місяці. За допомогою кольорового дуплексного сканування обстежено ТКІМ внутрішньої правої та лівої сонної артерії (ВСА). До лікування гіполіпідемічними препаратами ТКІМ становила <0,9 мм, що діагностовано для правої ВСА у 26,7 % випадків серед обстежених пацієнтів, 0,9–1,3 мм – у 33,3 % обстежених, >1,3 мм – у 40 % хворих. За оцінки лівої ВСА ці показники були такими: ТКІМ – <0,9 мм у 26,7 %, 0,9–1,3 мм – 4,67 %, >1,3 мм – у 26,7 % обстежених. Після проведеного лікування, яке тривало 3 місяці, отримали такі показники: ТКІМ: <0,9 мм по правій ВСА у 43,5 %, 0,9–1,3 мм – у 30,4 %, >1,3 мм – у 26,1 %. Дослідження лівої ВСА відповідно 56,5 %, 26,1 % та 17,3 %, що свідчить про позитивний вплив лікування та вказує на зростання кількості пацієнтів з нормальною КІМ (<0,9 мм), і значним зменшення потовщення КІМ.

Висновки. Застосування анти атеросклеротичної терапії на стадії субклінічного атеросклерозу, який діагностується за допомогою кольорового дуплексного сканування з оцінкою ТКІМ дає можливість знизити рівень коронарної та церебральної патології, а використання гіполіпідемічної терапії суттєво зменшує ознаки атеросклерозу.

Функція ендотелію, ліпідний спектр та інсулінорезистентність у хворих на ІХС в поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки та їх динаміка під впливом урсодезоксихолієвої кислоти

М.М. Гречаник¹, І.П. Боговіна², Н.М. Гречаник³, Д.Л. Чвора³

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії

³ КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова»

Мета – оцінити вплив урсодезоксихолієвої кислоти (УДХК) на функцію ендотелію, ліпідний спектр та інсулінорезистентність (ІР) у хворих на ішемічну хворобу серця

(ІХС) в поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріал і методи. Обстежено 42 чоловіка віком 52–70 років (медіана – 64 [59,0; 67,0] роки) з документально підтвердженої ІХС: стабільною стенокардією напруги II–III ФК. Перша група – 24 хворих віком 54–68 років (медіана – 63,5 [59,0; 68,0] роки) з ІХС в поєднанні з НАЖБП, друга група – 18 хворих віком 52–70 років (медіана – 59,7 [56,0; 66,0] роки) з ІХС без НАЖБП. Всім пацієнтам визначали показник ендотеліязалежної вазодилатації (ЕЗВД) за результатами проби з реактивною гіперемією, розраховували показник НОМА. Рівень ІР за моделлю НОМА2-ІР, індекси НОМА2-S%, НОМА2-V%, розраховували за допомогою програми НОМА 2 Calculator. Визначали зміст в сироватці крові ТГ, загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ). Пацієнтам з ІХС в поєднанні з НАЖХП була призначена УДХК в дозі 10 мг/кг маси тіла на добу з метою корекції атерогенної дисліпідемії на 8 тижнів.

Результати. За результатами нашого дослідження в основній групі виявлені достовірні відмінності за рівнями ЗХС, ТГ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ (таблиця).

Характеристика хворих основної групи та групи порівняння за показниками ліпідного спектра крові, Ме (Q25; Q75)

Показник	Основна група (n=24)	Група порівняння (n=18)	P
ЗХС, ммоль/л	4,99 [4,74; 5,56]	5,78 [5,23; 6,4]	0,014*
ТГ, ммоль/л	2,44 [1,63; 2,98]	1,63 [1,07; 2,4]	0,01*
ЛПНЩ, ммоль/л	3,87 [3,2; 4,28]	4,14 [3,54; 4,75]	0,0083*
ЛПВЩ, ммоль/л	1,13 [0,91; 1,35]	1,08 [0,98; 1,25]	0,93
ЛПДНЩ, ммоль/л	1,87 [0,82; 2,41]	0,66 [0,4; 0,73]	0,006*

* – достовірність відмінностей між основною групою та групою порівняння ($p < 0,05$).

Показник ЕЗВД (4,6 [4,3; 5,9] %) у хворих з ІХС в поєднанні з неалкогольним стеатозом печінки достовірно відрізнявся від хворих з ІХС без стеатозу печінки (9,0 [5,8; 11,6] %) ($p = 0,001$). ІР мала місце у 13 (54 %) основної групи та 3 (16 %) обстежених хворих групи порівняння за індексами НОМА1-ІР та у 20 (83 %) та 8 (44 %) за індексом НОМА2-ІР, відповідно. В групі 1 зафіксовано достовірно вищий рівень показника НОМА2-%В ($p < 0,05$) і достовірно нижчий рівень НОМА2-%S ($p < 0,05$). На фоні лікування УДХК виявлено достовірне зниження рівня ТГ – з $(2,44 \pm 0,96)$ до $(2,01 \pm 1,05)$ ммоль/л (на 13 %, $p = 0,02$), ЛПНЩ – з $(3,87 \pm 0,92)$ до $(3,17 \pm 0,96)$ (на 18 %, $p = 0,02$), ЛПДНЩ – з $(1,83 \pm 0,92)$ до $(1,05 \pm 0,96)$ ммоль/л (на 42 %, $p = 0,02$). Зафіксовано достовірне підвищення показника ЕЗВД з $4,7 \pm 2,8$ % до $7,3 \pm 2,7$ % (на 35 %). Аналіз результатів вуглеводного обміну не показав достовірні зміни показників рівня глюкози ($5,6 \pm 0,7$) ммоль/л та ($5,3 \pm 0,5$) ммоль/л ($p > 0,05$), рівня інсуліну ($14,9 \pm 7,9$) мкОД/мл та ($13,7 \pm 4,8$) мкОД/мл ($p > 0,05$), НОМА1-ІР – $3,7 \pm 2,4$ та $3,8 \pm 2,5$ ($p > 0,05$).

Висновки. У хворих з ІХС в поєднанні з НАЖХП виявлені достовірно більш високі показники рівня тригліцеридів, ІР та тлі більш вираженого порушення функції ендоте-

лію при наявності кореляції рівня ТГ з показниками НОМА1-ІР та НОМА ІР-2. Використання у лікуванні хворих з ІХС в поєднанні з неалкогольним стеатозом печінки препаратів УДХП як вторинна профілактика при непереносності статинів дозволяє поліпшити показники ліпідного спектра, функцію ендотелію.

Клініко-функціональні предиктори якості життя в пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця та супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень

Д.В. Діденко

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

За наявності хронічних захворювань ЯЖ є важливим критерієм оцінки стану пацієнта та ефективності лікування. Вираженість клініко-функціональних змін за умови поєднання стабільної ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) відображається як у функціональному статусі, так і в параметрах ЯЖ пацієнтів.

Мета – визначити особливості параметрів ЯЖ пацієнтів із поєднанням стабільної ІХС та ХОЗЛ.

Матеріал і методи. Обстежено 98 осіб із поєднанням стабільної ІХС та ХОЗЛ (група І), групи порівняння – 96 пацієнтів із стабільною ІХС (група ІІ) та 78 осіб із ХОЗЛ (група ІІІ). Групи були репрезентативні за віком та статтю. Всім пацієнтам виконано загальноклінічне обстеження, ЕКГ, ехокардіографію (ЕхоКГ) в М- та В-режимах (апарат Logic 5), добове моніторування ЕКГ (апарат DiaCard 03500), визначення параметрів ЯЖ за українською версією міжнародного опитувальника Medical Outcomes Study Short Form (MOS SF-36), проведено статистичний аналіз.

Результати. Встановлено достовірне зниження всіх показників ЯЖ у пацієнтів із поєднанням перебігом стабільної ІХС та ХОЗЛ порівняно із пацієнтами з ізолюваним перебігом цих патологій, крім параметра ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності.

Показники сумарних шкал ЯЖ демонструють вірогідне зниження фізичного статусу у пацієнтів І групи – $(35,1 \pm 1,9)$ бали, тоді як в ІІ групі – $(52,1 \pm 2,8)$, в ІІІ – $(60,9 \pm 3)$ балів в середньому ($p < 0,001$). Бал психічного статусу становив у І групі $(30,4 \pm 1,7)$ балів, у ІІ групі – $(44,1 \pm 1,7)$ балів та в ІІІ групі – $(42,1 \pm 2,1)$ балів ($p < 0,001$). Рівень загального статусу в І групі склав $(56,3 \pm 2,7)$ бали, в ІІ – $(69,3 \pm 3,1)$ балів та в ІІІ – $(68,2 \pm 3,2)$ балів ($p < 0,002$).

В групі пацієнтів із поєднаною патологією виявлено кореляцію фізичного статусу із тяжкістю задишки ($r = -0,51$, $p < 0,001$), ІІ функціональним класом серцевої недостатності за NYHA ($r = -0,23$, $p = 0,002$), частотою звернень до сімейного лікаря понад 4 рази за рік ($r = -0,23$, $p = 0,003$), позитивний зв'язок визначено з нормальною геометрією